



Medicare y El Cuidado de Salud en el Hogar

Este folleto explica . . .

- ◆ El beneficio de cuidado de salud en el hogar, y quién es elegible.
- ◆ Lo que cubre el Plan Original de Medicare.
- ◆ Cómo encontrar una agencia de cuidado de la salud en el hogar.
- ◆ Dónde conseguir más ayuda.



ADMINISTRACION PARA EL FINANCIAMIENTO
DE SERVICIOS DE SALUD

La Agencia Federal de Medicare

	Página(s)
¿Qué es el cuidado de salud en el hogar?	1
¿Quién es eligible para el cuidado de salud en el hogar?	1
¿Cómo puedo conseguir cuidado en mi hogar?	1
¿Qué cubre el Plan Original de Medicare?	2
¿Qué no cubre el Plan Original de Medicare?	5
¿Qué es un plan de cuidado?	5
¿Qué debo hacer si no recibo el cuidado que necesito?	6
¿Por cuánto tiempo puedo recibir cuidado de salud en mi hogar?	6
¿Cómo puede Medicaid ayudar a beneficiarios de bajos ingresos?	8
¿Qué paga Medicare y qué servicios me pueden cobrar?	8
¿Cómo paga Medicare por mi cuidado de salud en el hogar?	9
¿Qué hago si Medicare deja de pagar por mi cuidado de salud en el hogar?	9
¿Qué hago si Medicare no paga por un artículo o servicio que creo deberían pagar?	10
¿Cómo encuentro una agencia aprobada de cuidado de salud en el hogar?	10
¿Qué preguntas debo hacer al escoger una agencia de salud en el hogar?	12
¿Qué ocurre si decido cambiar las agencias de salud en el hogar?	13
¿Qué ocurre si estoy en un plan de salud administrado?	13
¿Dónde puedo conseguir ayuda con mis preguntas?	14
¿Cómo puedo presentar una queja sobre la calidad de mi cuidado?	15
¿Cómo descubro y reporto el fraude?	15
Números Telefónicos Importantes	16-28
Definiciones de Términos Importantes (definición de los términos en rojo)	29-30
Índice	31

El plan de cuidado se explica en la página 5

Usted **debe** reunir estas cuatro condiciones para que Medicare le cubra su cuidado en el hogar.

¿Qué es el cuidado de salud en el hogar?

El **cuidado de salud en el hogar** es el cuidado de enfermería especializada y otros servicios de salud que usted recibe en su hogar por una enfermedad o herida. Este folleto le explica el beneficio Medicare del cuidado de salud en el hogar, y le indica cómo conseguir más información y ayuda.

¿Quién es eligible para el cuidado de salud en el hogar?

Todo beneficiario de Medicare puede recibir este tipo de beneficio si cumple con ciertos requisitos. Este folleto describe los beneficios de cuidado de salud en el hogar cubiertos por el **Plan Original de Medicare**. Si usted ya está en un **plan de salud administrado Medicare**, vea la página 13.

¿Cómo puedo conseguir cuidado en mi hogar?

Para conseguir cuidado de salud en el hogar Medicare, usted debe reunir estas cuatro condiciones:

1. Su médico debe decidir que usted necesita atención médica en su hogar, y formular un plan para su cuidado en el hogar; y
2. Usted debe necesitar por lo menos uno de los siguientes servicios: enfermería especializada de tiempo parcial/intermitente (no tiempo completo) o terapia física o, servicios de patología del habla/lenguaje o sigue necesitando servicios de terapia ocupacional; y
3. Usted debe estar **confinado en el hogar**. Esto significa que usted normalmente no puede salir de su hogar. Estar confinado en casa significa que salir del hogar es un esfuerzo enorme. Cuando usted sale de su hogar, debe ser algo infrecuente, breve, para buscar atención médica o asistir a un servicio religioso; y
4. La **agencia de cuidado de salud en el hogar** que le brinda servicios debe estar aprobada por el programa Medicare.

¿Qué cubre el Plan Original de Medicare?

Si usted reúne todas **las cuatro** condiciones para el cuidado de salud en el hogar, Medicare cubrirá:

- **Cuidado de enfermería especializada** de tiempo parcial o intermitente. Los servicios de enfermería especializada incluyen servicios y cuidado que sólo pueden ser prestados correctamente y con la seguridad debida por una enfermera licenciada (sea una enfermera registrada, o una enfermera práctica licenciada).
- **Los servicios de un ayudante de salud en el hogar** de tiempo parcial o intermitente. Un ayudante de salud en el hogar no tiene una licencia de enfermería y presta servicios que complementan cualquier servicio que suministre la enfermera. Estos servicios pueden incluir ayuda con el aseo personal, como bañarse, usar el inodoro, o vestirse. Estos servicios no requieren las especializaciones de una enfermera licenciada. Medicare no paga por los servicios de un ayudante de salud en el hogar a menos que usted también reciba cuidado especializado, como por ejemplo atención de enfermería u otras formas de terapia. Los servicios del ayudante deben ser parte integral del cuidado de su herida o enfermedad en el hogar.
- **Terapia física, patologías del habla/lenguaje, terapia ocupacional** durante el tiempo que su doctor diga que los necesita. Medicare paga por los siguientes tipos de terapia:
 - 1) **Terapia física**, que incluye ejercicios para recobrar la fuerza y la movilidad de una parte del cuerpo, y entrenamiento para usar equipo especial o para completar tareas cotidianas, como sentarse en una silla de ruedas y levantarse, o entrar y salir de la bañera.
 - 2) **Terapia del lenguaje/servicios de patología del lenguaje**, incluyendo ejercicios para recobrar y fortalecer las destrezas del habla.

Medicare cubrirá cualquiera de estas terapias, siempre que usted sea elegible, y que su doctor diga que usted las necesita.

-
- 3) **Terapia ocupacional**, que le ayuda a realizar las tareas cotidianas por sí mismo. Tal vez usted tenga que aprender nuevas maneras de comer, vestirse, peinarse, y otras actividades diarias. Usted puede recibir terapia ocupacional aun si ya no necesita ningún otro cuidado especializado.
- **Servicios médicos sociales** para ayudarle con las preocupaciones sociales y emocionales relacionadas con su enfermedad. Esto puede incluir consejería o ayuda para encontrar recursos en su comunidad.
 - **Ciertos suministros médicos**, como vendas para heridas, pero no medicinas recetadas.
 - **Equipo médico**, Medicare usualmente paga el 80 por ciento de la cantidad aprobada por ciertos tipos de equipo médico, como sillas de ruedas o andaderas.

El Plan Original de Medicare cubre los siguientes servicios de cuidado de salud en el hogar:

Servicios Medicare	Cubierto
Servicios de enfermería especializada intermitente o de tiempo parcial	✓
Servicios de un ayudante de cuidado de salud en el hogar intermitente o de tiempo parcial	✓
Terapia física y ocupacional	✓
Terapia del lenguaje/servicios de patología del lenguaje	✓
Servicios de Asistencia Social	✓
Suministros médicos (no medicinas o agentes biológicos)	✓
Equipo médico duradero	✓*

* El **Plan Original de Medicare** por lo general paga un 80% de la **cantidad aprobada** para ciertos tipos de equipo médico. Usted posiblemente tendrá que pagar un 20% de la cantidad aprobada por **equipo médico duradero**. Pregúntele a su suministrador “¿Usted acepta la asignación?” La asignación puede ahorrarle dinero. Para más información, llame gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida una copia gratuita de “Su médico o proveedor acepta la asignación?”

Su plan de cuidado está diseñado exclusivamente para usted. Describe el tipo de cuidado que usted necesita, quién es el que debe brindarle ese cuidado, y cualquier equipo o alimento especial que pueda hacerle falta.

¿Qué no cubre el Plan Original de Medicare?

Medicare **no** paga por:

- Cuidado en el hogar las 24 horas al día.
- Medicinas recetadas.
- Comidas entregadas a su puerta.
- Servicios domésticos como por ejemplo las compras, la limpieza, y lavandería.
- El cuidado personal por parte de un ayudante de salud en el hogar, para cosas como el bañarse, usar el inodoro, o vestirse, si estas son las **únicas** formas de cuidado que usted necesita.

¿Qué es un plan de cuidado?

Un **plan de cuidado** describe el tipo de servicio y cuidado usted debe recibir para sus problemas de salud. Su médico trabajará con la enfermera de cuidado en el hogar para decidir:

- el tipo de servicio necesita,
- el tipo de profesional de salud que debe prestarle estos servicios, y
- la frecuencia con la que usted necesitará estos servicios.

Su plan también puede incluir: el tipo de equipo médico para el hogar que usted necesita, cualquier alimento especial que pueda necesitar, y lo que su doctor considere necesario para su tratamiento.

Su médico y el personal de su agencia de cuidado de la salud en el hogar revisarán su plan de cuidado tan a menudo como sea necesario, pero por lo menos una vez cada 60 días. Si su estado de su salud cambia, su plan de cuidado será revisado y puede cambiar. El personal del cuidado de la salud en el hogar debe avisarle a su médico inmediatamente si cambia su estado de salud. Usted continuará recibiendo cuidado de la salud en el hogar por el tiempo en que sea elegible y su doctor diga que lo necesita.

Sólo su médico puede cambiar su plan de cuidado. La **agencia de cuidado en el hogar** no puede cambiar el plan sin la autorización del médico. A usted se le debe avisar sobre cualquier cambio hecho al plan. Si tiene preguntas sobre su cuidado, llame a su médico. Si su agencia cambia su plan de cuidado sin autorización del médico, usted tiene derecho a apelar. Sus derechos de **apelación** están al dorso de la “Explanation of Medicare Benefits” (Explicación de Beneficios Medicare) o en el “Medicare Summary Notice” (Resumen de Medicare) que le envía por correo, la empresa que se encarga de las cuentas de Medicare. Este documento le dirá por qué Medicare no pagó por una cuenta y cómo puede apelar la decisión.

¿Qué debo hacer si no recibo el cuidado que necesito?

La agencia de cuidado de salud en el hogar tendrá cuidado de brindarle los servicios establecidos por el plan y ningún otro servicio adicional que no haya sido ordenado por su médico.

Su doctor trabaja con la agencia de cuidado de salud en el hogar para asegurarse de que usted reciba el cuidado y los servicios que necesita. Si piensa que no se le está brindando la atención médica que necesita, hable con su médico y con la agencia de cuidado de la salud en el hogar.

¿Por cuánto tiempo puedo recibir servicios de cuidado de salud en mi hogar?

Medicare pagará por sus servicios de cuidado de salud en el hogar por el tiempo que usted sea elegible y su médico diga que usted los necesita. Sin embargo, los **cuidados de enfermería especializada** y de un ayudante de salud en el hogar se pagan solamente por tiempo parcial, o en un período “intermitente”. Esto significa que hay un límite sobre el número de horas por día y los días por semana en que usted puede recibir servicios especializados de enfermería o los servicios de un ayudante de salud en el hogar.

Intermitente significa que usted necesita cuidados en su hogar por un tiempo relativamente corto.

Su médico puede aumentar las horas de cuidado semanales que usted recibe.

Para decidir si usted reúne o no los requisitos para el cuidado de salud en su hogar, Medicare define “intermitente” como:

- Enfermería especializada que se necesite o se brinde menos de siete días por cada semana, o menos de ocho horas por día en un período de 21 días (o menos).

Por ejemplo, el doctor de Juana dice que ella necesita que una enfermera la visite todos los días por los próximos 15 días para cuidarle una herida. El tiempo total que la enfermera estará en su casa será menos de una hora por día, y Juana solamente necesita que la enfermera venga por 15 días. Los requerimientos de cuidado de la salud en el hogar de Juana satisfacen la definición de Medicare de “intermitente”.

El límite de días y horas puede aumentar en casos especiales cuando la necesidad de cuidado es limitada y puede planearse por anticipado.

Una vez que usted esté recibiendo cuidados de salud en el hogar, Medicare usa la siguiente definición sobre tiempo-parcial o intermitente para tomar decisiones acerca de su cobertura:

- Servicios de enfermería especializada o de un ayudante de salud en el hogar que sumen menos que 8 horas al día y 28 horas o menos por semana.

Por ejemplo, Carlos ha recibido cuidado de salud en su hogar por tres semanas. Su estado de salud ha mejorado pero su médico decide que Carlos siga recibiendo cuidado en el hogar. El doctor ordena que Carlos sea atendido por una enfermera tres veces por semana, dos horas por día (total de 6 horas) y un ayudante que vaya 5 veces por semana, 3 horas por día (total de 15 horas). Esto significa que Carlos recibe un total de 21 horas de cuidado en el hogar por semana, lo que cumple con la definición de Medicare sobre cuidado de salud en el hogar “parcial/intermitente”.

La agencia de cuidado en el hogar debe decirle qué parte de su cuenta será pagado por Medicare.

Si usted está en el Plan Original de Medicare, pregúntele a su proveedor “¿Usted acepta la asignación?” La asignación puede ahorrarle dinero. Llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida su copia de “¿Su médico o proveedor acepta la asignación?”

¿Cómo puede Medicaid ayudar a los beneficiarios de bajos ingresos?

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los gastos médicos de ciertas personas de bajos ingresos y recursos limitados. Para recibir esta ayuda (Medicaid), usted debe tener un ingreso bajo, pocos ahorros y bienes.

La cobertura Medicaid varía de estado a estado. En todos los estados, Medicaid paga por el cuidado básico de la salud en el hogar y por el equipo médico. Medicaid puede pagar por servicios de quehaceres domésticos, cuidado personal, y otros servicios que no paga Medicare. Medicaid tiene programas que pagan algo o todo de las primas de Medicare, y también puede pagar los deducibles y el coseguro de Medicare para ciertas personas de bajos ingresos que tienen derecho a Medicare.

Para más información sobre la cobertura Medicaid de servicios de cuidado de salud en el hogar en su estado, llame a la oficina estatal de asistencia médica. Si usted necesita el número telefónico para su Estado, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227 TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimentos del lenguaje oral o auditivos).

¿Qué paga Medicare y qué servicios me pueden cobrar?

Medicare paga en su totalidad el costo aprobado de todas las visitas cubiertas de cuidado de salud en el hogar. La agencia de cuidados en el hogar le envía las cuentas a Medicare.

Antes de brindarle el servicio de cuidado en el hogar, la agencia de cuidados en el hogar debe comunicarle cuánto pagará Medicare. También le dirá si hay algún artículo o servicio que no está cubierto por Medicare, y cuánto tendrá usted que pagar por ellos. Esta explicación se la deben dar oralmente y por escrito.

Usted está protegido cuando termina su **cuidado de salud en el hogar**.

Es **posible** que a usted le cobren por:

- Servicios médicos y suministros que Medicare no paga tales como medicinas recetadas.
- Un coseguro del 20 por ciento por equipo médico cubierto por Medicare, como sillas de ruedas, andaderas y equipo de oxígeno. Si la agencia de cuidado de la salud en el hogar no le proporciona equipo médico directamente, se encargará de que un proveedor de equipo para el hogar le proporcione el equipo que usted necesita.

¿Cómo paga Medicare por mi cuidado de salud en el hogar?

Medicare paga a la agencia de cuidado de salud en el hogar una cantidad fija de dinero por cada 60 días que usted necesita cuidado. (Este período de 60 días se conoce como “episodio de cuidado”.) El pago está basado en el tipo de cuidado (promedio) que puede necesitar una persona en su situación. Medicare le ha pagado a los hospitales de este modo por muchos años.

¿Qué hago si Medicare deja de pagar por mi cuidado de salud en el hogar?

Las agencias de cuidado de la salud en el hogar deben darle un aviso que explica por qué y cuándo ellos creen que Medicare dejará de pagar por sus servicios de salud en el hogar. Si usted recibe este aviso y su médico cree que todavía necesita cuidado de salud en su hogar y que Medicare debería seguir pagando, puede pedirle a Medicare una decisión oficial.

Para conseguir una decisión oficial, usted debe:

- Continuar recibiendo cuidado de la salud en su hogar, si usted cree que lo necesita. Pregunte cuánto costará. Hable con su doctor y su familia sobre el asunto.
- Entender que usted tal vez tenga que pagarle a la agencia de cuidado de la salud en el hogar por estos servicios.

- Pedirle a la agencia de **cuidado de la salud en el hogar** que le envíe su reclamo a Medicare para que Medicare decida si quiere pagar.

Si **Medicare** decide pagar, le devolverán todo lo que usted pagó, con la excepción del coseguro debido a **equipo médico duradero**.

¿Qué hago si Medicare no paga por un artículo o servicio que creo que deberían pagar?

Si usted está en el **Plan Original de Medicare**, puede presentar una **apelación**, si usted cree que Medicare debía haber pagado, o no pagó suficiente, por alguna artículo o servicio que usted recibió. Si presenta una apelación, pídale a su doctor o **proveedor** cualquier información relacionada a la cuenta que pueda ayudarle con su caso. Sus derechos de apelación aparecen al reverso de la “Explanation of Medicare Benefits” (Explicación de Beneficios de Medicare) o en el “Medicare Summary Notice” (Resumen de Medicare) que le manda por correo por la compañía que le maneja las cuentas a Medicare. Este documento también le dirá por qué no se pagó su cuenta, y qué pasos puede seguir para presentar una apelación.

¿Cómo encuentro una agencia aprobada de cuidado de salud en el hogar?

Para encontrar una agencia de cuidado de salud en el hogar autorizada por Medicare:

- Pregunte a su médico o al planificador de altas (salir del hospital).
- Use un servicio de referencia comunitario para la tercera edad, o otras agencias de la comunidad que le ayuden con su cuidado de salud.
- Busque en la páginas amarillas bajo “home care” (cuidado en el hogar) o “home health care” (cuidado de salud en el hogar.) (Busque agencias de cuidado de salud en el hogar, aprobadas por Medicare.)

Si su médico decide que usted necesita cuidado en el hogar, usted tiene el derecho de elegir la agencia de cuidado de salud en el hogar que le proporcionará esos servicios. Su elección debe ser aceptada por su médico, el planificador de altas u otra agencia de referencias. Algunos hospitales tienen su propia agencia de cuidado de salud en el hogar. Usted no está obligado a usar esa agencia. Usted puede elegir la agencia que considere que responderá mejor a sus necesidades.

Es importante que recuerde que Medicare sólo paga por servicios de cuidado en el hogar si están proporcionados por una agencia que cumple con los requisitos de calidad de Medicare y además está aprobada. Medicare inspecciona regularmente a estas agencias, para asegurarse de que cumplen con estos requisitos.

Su agencia de cuidado de salud en el hogar debe proveerle **todo** el cuidado en el hogar que necesita tanto a nivel del personal que lo asiste como de los suministros médicos. La agencia puede brindar estos servicios a través de su propio personal, del personal de otra agencia o puede contratar a otra persona para que lo haga. El personal incluye, enfermeras, terapeutas, asistentes de cuidado en el hogar y consejeros de servicios sociales. (Vea páginas 1 a 3).

Cuando usted comienza a recibir cuidados de salud en el hogar, las agencias aprobadas por Medicare y que prestan estos servicios, le harán de cuidado de salud en el hogar varias preguntas sobre su salud para escoger el servicio apropiado. La agencia de cuidado de la salud en el hogar tiene la obligación de mantener la confidencialidad de esta información. Usted puede pedir que le enseñen esta información. La agencia de cuidado de la salud en el hogar le explicará estas preguntas, y le dará información por escrito sobre ellas.

La mayoría de las agencias de cuidado en el hogar acepta a todos los pacientes de Medicare. Una agencia puede no aceptarlo como paciente, si considera que no puede brindarle los servicios que usted necesita. Una agencia no puede rechazarlo basado en su condición médica a menos que también haya rechazado a otras personas con su mismo problema.

¿Qué preguntas debo hacer al escoger una agencia de cuidado de salud en el hogar?

Antes de escoger su agencia de cuidado de salud en el hogar, haga las siguientes preguntas importantes:

- ¿Es esta una agencia aprobada por Medicare?
- ¿Por cuánto tiempo ha servido la agencia a la comunidad?
- ¿Presta esta agencia todos los servicios que yo necesito?
- ¿Cómo maneja las emergencias?
- ¿El personal de la agencia está disponible las 24 horas al día, siete días a la semana?
- ¿Cuánto me cobrarán por cualquier servicio/suministro?
- ¿Pagará Medicare o Medicaid por los artículos que me hacen falta?
- ¿Cómo se protegen mis derechos?
- ¿Podemos mi familia y yo ayudar a decidir sobre mi plan de cuidado?
- ¿La agencia le enseña a miembros familiares sobre el tipo de cuidado que se brinda?
- ¿Quién se encarga de asegurar que se cumpla mi plan de cuidado de la salud en el hogar? ¿Visita regularmente el supervisor a la casa?
- ¿A quién puedo llamar si tengo preguntas o quejas?
- ¿Qué pasa si un miembro del personal de la agencia de cuidado de la salud en el hogar no se presenta en su horario?
- ¿Estará la agencia en contacto con mi doctor regularmente?

¿Qué ocurre si decido cambiar las agencias de salud en el hogar?

Medicare sólo pagará por los servicios de una sola agencia a la vez. Usted puede interrumpir los servicios de una agencia y elegir otra en cualquier momento. Usted debe comunicarle a la agencia que abandona y a la que ha elegido para reemplazarla, sobre su decisión de cambiar de agencia.

¿Qué ocurre si estoy en un plan de salud administrado?

Los **planes de salud administrados Medicare** son opciones de cuidado de salud en algunas zonas del país. En la mayoría de los planes, usted sólo puede acudir a médicos, especialistas u hospitales que pertenecen al plan. Los planes de salud administrados Medicare, deben cubrir los beneficios de las Partes A y B, incluyendo el cuidado de salud en el hogar.

Si usted pertenece a un plan de salud administrado Medicare, solo puede elegir una **agencia de cuidado de salud en el hogar** que trabaja con el plan. Llame a su plan si tiene preguntas sobre las reglas, cobertura, derechos de apelación y costos de sus servicios de cuidado de salud en el hogar. Si usted obtiene estos servicios de un médico o una agencia de cuidado de salud en el hogar que no trabaja con su plan de salud administrado Medicare, ni Medicare ni el plan pagarán por esos servicios. Si no está seguro de estar en un plan de salud administrado Medicare, usted puede llamar a su oficina local de la Administración del Seguro Social (SSA, por su sigla en inglés), o llamar al SSA al 1-800-772-1213. Si usted quiere más información sobre los planes de salud administrados Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Un consejero en su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud puede ayudale con sus preguntas.

¿Dónde puedo conseguir ayuda con mis preguntas?

Si tiene preguntas sobre el cuidado de salud en el hogar y usted está en el Plan Original de Medicare, llame a su **Intermediario Regional de Salud en el Hogar** (vea páginas 17 y 18). Si tiene preguntas sobre el cuidado de salud en el hogar y está en un plan de salud administrado Medicare, llame a su plan. Si tiene cobertura de otro plan de seguro complementario, llame a la oficina de servicios del plan.

Cada estado y territorio, incluyendo Puerto Rico, las Islas Vírgenes, y el Distrito de Columbia, tiene un **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud** (vea páginas 19 a 28), con consejeros que puede ofrecerle información gratuita y ayuda sobre los seguros de salud.

Los consejeros podrán contestarle sus preguntas sobre el **cuidado de salud en el hogar** y por cuáles servicios pagan Medicare, Medicaid, y otros tipos de seguros. Los consejeros también podrán ayudarlo con sus preguntas sobre pagos Medicare, preguntas sobre cómo comprar una póliza Medigap o un seguro de cuidado a largo plazo, qué hacer con negaciones o apelaciones de pagos, sus derechos y protecciones con Medicare, cómo tramitar quejas sobre su cuidado o tratamiento, y cómo escoger un plan de salud Medicare. Usted puede encontrar el número telefónico para su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud se encuentra en las páginas 19 a 28.

Usted desempeña un papel importante en la lucha contra el fraude de Medicare.

Para reportar el fraude de Medicare, llame al 1-800-447-TIPS (1-800-447-8477).

¿Cómo puedo presentar una queja sobre la calidad de mi cuidado?

Si usted cree que la agencia de cuidado de la salud en el hogar no le está brindando cuidado de buena calidad, o tiene una queja sobre la agencia, usted debe llamar a la línea de información en su estado para cuidados de salud en el hogar (vea páginas 19 a 28). Su agencia de cuidado de la salud en el hogar debe darle este número cuando usted comienza a recibir servicios de salud en el hogar. O bien, usted puede también llamar a la **Organización de Revisión de Normas Profesionales** (PRO, por su sigla en inglés) de su estado para presentar una queja (vea páginas 19 a 28).

¿Cómo averiguo y reporto el fraude?

La mayoría de las agencias de cuidado de salud en el hogar son honestas y utilizan información correcta a la hora de facturar. Desafortunadamente, sin embargo, sí ocurre el fraude en la industria de la salud en el hogar. Esto desperdicia los recursos de Medicare y dinero que se podría usar para pagar reclamos. Usted puede desempeñar un papel importante en la lucha contra el fraude, el derroche, y el abuso en el programa **Medicare**.

La mejor manera de proteger su beneficio de cuidado de salud en el hogar es saber qué cubre Medicare y cuál es el plan de su médico para su cuidado. Si hay algo en el plan que usted no entiende, por favor pregunte.

Debe prestar atención especial a:

- Visitas del personal de salud en el hogar ordenadas por su médico pero que usted no recibe.
- Visitas del personal de salud en el hogar que usted no necesita.
- Facturas por servicios y equipo que usted nunca recibió.
- Falsificación de su firma, o la de su médico.

- Presión para aceptar bienes y servicios que usted no necesita.
- Artículos que aparecen en su Resumen Medicare o Explicación de Beneficios de Medicare que usted no cree que recibió.

Usted también debe estar atento a actividades como:

- Servicios de cuidado de la salud en el hogar que no fueron autorizados por su doctor. El doctor que aprueba sus servicios de cuidado de salud debe conocerlo a usted, y debe estar involucrado en su cuidado. Si su plan de cuidado cambia, asegúrese que su médico participa en esos cambios.
- Una **agencia de cuidado de la salud en el hogar** que le ofrece bienes y servicios gratis a cambio de su número de Medicare. Usted siempre debe tratar a su tarjeta Medicare como si fuera una tarjeta de crédito o efectivo. Nunca le de su número de **Medicare** o **Medicaid** a gente que le dicen que le quieren dar un servicio gratis, pero que necesitan su número para sus archivos.

Para reportar sus sospechas de fraude en el cuidado de la salud en el hogar llame al **Intermediario Regional de Salud en el Hogar** en su estado (vea páginas 17 y 18) o llame al 1-800-447-TIPS (1-800-447-8477). Toda llamada se toma en serio.

Números Telefónicos Importantes

Las siguientes páginas contienen números telefónicos a los que usted puede llamar si necesita más información.

Nota: En el momento de imprimir este folleto, los números de teléfono en la lista eran correctos. A veces los números de teléfono pueden cambiar. Para obtener una lista actualizada de estos números, llame 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimentos del lenguaje oral o auditivo), o busque en la Internet en www.medicare.gov y active “Helpful Contacts.”

Páginas 17-28 de esta publicación están dejadas en blanco a propósito pero contienen números de teléfonos. Para obtener información más reciente sobre los contactos en esta sección, por favor visite la sección de [contactos útiles \(Helpful Contacts\)](#) en www.medicare.gov en la internet.

Agencia de cuidado de salud en el hogar: Una organización que brinda cuidados de salud en su hogar, incluyendo cuidado de enfermería especializada, terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje y cuidado de un ayudante de salud en el hogar.

Apelación: Un tipo de queja especial que usted tramite si no está de acuerdo con una decisión sobre los servicios prestados al cuidado de su salud. Por ejemplo, si Medicare no paga por un servicio que usted recibió. Esta queja se hace con su plan de salud Medicare o al Plan Original Medicare. Por lo general hay un proceso especial a seguir para tramitar una apelación.

Cantidad aprobada: El honorario que Medicare considera razonable para un servicio médico cubierto. Puede que esta cantidad sea menor que la cantidad que le sea cobrada. La cantidad aprobada a veces se la conoce como “cargos aprobados.”

Cuidado de salud en el hogar: Cuidado de enfermería especializada y ciertos otros tipos de cuidado de salud que usted recibe en su casa para el tratamiento de una enfermedad o herida.

***Cuidado de enfermería especializada:** Un nivel de cuidado que debe ser brindado o supervisado por enfermeras/os licenciadas y bajo la dirección de un médico. Todas sus necesidades quedarán cubiertas por este tipo de servicio incluyendo servicios directos. Algunos ejemplos de este tipo

de cuidado son: recibir inyecciones intravenosas, alimentación por tubos, oxígeno para ayudarlo a respirar, y cambiar las vendas estériles de una herida. Cualquier servicio, que pueda ser prestado por personal no-médico (o por usted mismo) y sin la supervisión de una enfermera licenciada, no estará cubierto.

Confinado en el hogar: Normalmente incapaz de salir del hogar. El salir del hogar toma un esfuerzo considerable y agotador. Usted puede salir de su hogar para recibir tratamiento médico, o por ausencias breves e infrecuentes que no sean por razones médicas, como para ir al barbero o al servicio religioso. Su necesidad de cuidado diurno, no será un obstáculo para que consiga cuidado en el hogar por otros problemas de salud.

Equipo médico duradero: Equipo médico que prescribe su médico para uso en el hogar. Estos artículos deben ser reusables, como por ejemplo andaderas, sillas de ruedas, o camas de hospital.

Intermediario Regional de Salud en el Hogar: Una empresa privada contratada por Medicare para pagar reclamos e inspeccionar el cuidado de la salud en el hogar.

Medicaid: Un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos de ciertas personas de bajos ingresos. Los programas varían de estado a estado, pero la mayoría de los costos de salud están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

*Parte o toda esta definición fue utilizada con permiso de Walter Feldesman, Esq., *Dictionary of Eldercare Terminology*, © 2000.

Medicare: Un programa de seguros de salud para personas mayores de 65 años de edad o más, ciertas personas incapacitadas menores de 65 años y aquellas personas con Enfermedad Renal de Etapa Final (ESRD, por su sigla en inglés) (personas que tienen fallo permanente de los riñones que requieren diálisis o trasplante).

Organización de Revisión de Normas Profesionales (PRO por su sigla en inglés): Grupos de médicos y otros expertos de cuidado de salud pagados por el gobierno federal para supervisar y mejorar la calidad de servicios de salud prestados a los beneficiarios de Medicare. Los PRO revisarán cualquier queja sobre la calidad de cuidado prestados por hospitales para pacientes internos, departamentos ambulatorios del hospital, salas de emergencia de los hospitales, centros de enfermería especializada, agencias de cuidado de salud en el hogar, planes de salud administrados Medicare y centros de cirugía ambulatoria.

Plan de cuidado: Un plan escrito por su doctor que describe el tipo de servicios y cuidado que usted debe recibir para su problema de salud.

Plan de salud administrado

Medicare: Estas son opciones para el cuidado de la salud en ciertas áreas del

país. En la mayoría de los planes usted sólo puede ir a médicos, especialistas u hospitales que aparecen en la lista del plan. Estos planes deben cubrir todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare. Algunos planes le ofrecen beneficios adicionales como las medicinas recetadas. Sus costos pueden ser más bajos que los del Plan Original de Medicare.

Plan Original de Medicare: Un plan de salud en que se paga por visita que le permite ir a cualquier médico, hospital o otro proveedor de servicios de salud que acepta a Medicare. Usted debe pagar un deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su parte (coseguro). El Plan Original de Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro de Hospital) y Parte B (Seguro Médico).

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por su sigla en inglés): Una organización estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer consejería gratis sobre seguros de salud, y asistencia a los beneficiarios de Medicare.

Proveedor: Un médico, hospital, profesional del cuidado de la salud, u otro centro de cuidado de salud.

Agencia de cuidado de salud en el hogar	1, 5, 6, 9, 10-11, 29
Apelaciones	6, 10, 15, 29
Asignación	8
Ayudante de cuidado de salud en el hogar	2, 4, 5
Confinado en el hogar	1, 29
Cuidado de enfermería especializada	1, 4, 7, 29
Elegibilidad	1
Equipo médico	3, 4, 9
Equipo médico duradero	4, 29
Fraude	15, 16
Intermediario regional de cuidado de salud en el hogar	14, 16, 17-18, 29
Intermitente	1, 2, 6, 7
Medicaid	8, 12, 14, 29
Medicinas recetadas	5, 9
Organización de Revisión de Normas Profesionales	15, 19-28, 30
Pago	8, 9-10
Patología del lenguaje oral	2, 4
Plan de cuidado	5-6, 30
Plan de salud administrado Medicare	1, 13, 30
Póliza de seguro complementaria a Medicare	14
Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud	14, 19-28, 30
Servicios de cuidado personal	2, 5, 8
Servicios médicos sociales	3, 4
Terapia física	2, 4
Terapia ocupacional	3, 4

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS
HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

Administración para el Financiamiento de
Servicios de Salud
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland, 21244-1850

Uso Oficial
Penalidad por uso privado, \$300

Publicación No. HCFA-10969-S
Revisada, noviembre 2000
Medicare and Home Health Care (sp)

Para obtener esta publicación en Braille (solamente en inglés), inglés, español, en letra grande (inglés o español) o en audiocasete (inglés o español), llame gratis al 1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimentos auditivos y/o del lenguaje oral.

To get this booklet in Braille, English, Spanish, in large print (English and Spanish) or on audiotape (English and Spanish), call 1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 for the hearing and speech impaired.

